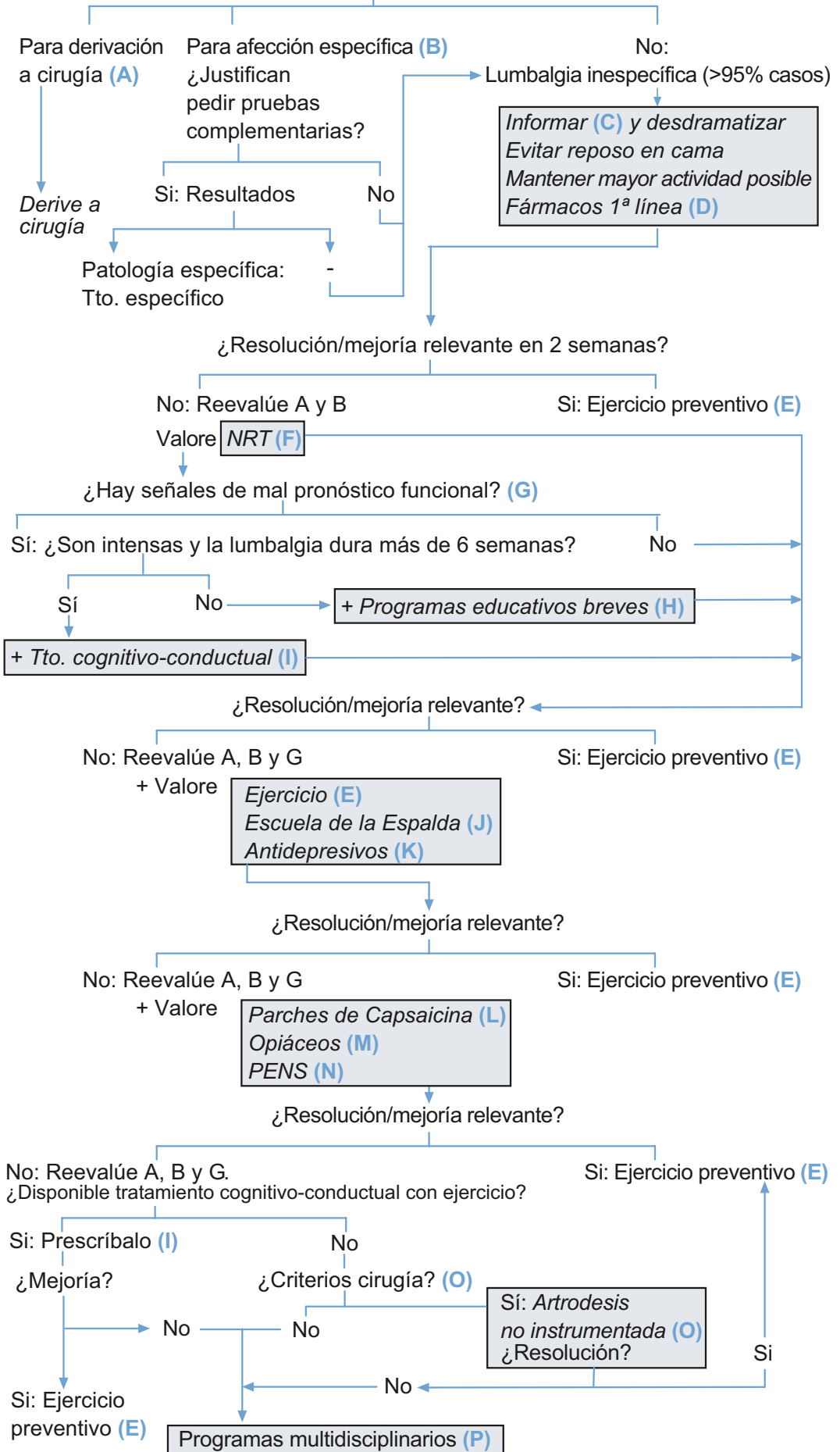


LUMBALGIA

Lumbalgia: ¿Hay señales de alerta?



ACLARACIONES AL ALGORITMO

Señales de alerta:

A: Para derivación a cirugía:

- a) Derive urgentemente a cirugía si observa cualquiera de estos signos: Paresia relevante, progresiva o bilateral, pérdida de control de esfínteres de origen neurológico, anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo).
- b) Valore derivar para valoración quirúrgica si hay dolor radicular (no lumbar):
 - Cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados (posible hernia discal con criterios quirúrgicos).
 - Que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal (posible estenosis espinal sintomática).

B: Para enfermedad sistémica: Valore pedir RX+analítica simple, RM o gammagrafía: Dolor que aparece por primera vez <20 ó >55 años, dolor no influido por posturas, movimientos y esfuerzos, dolor exclusivamente dorsal, dolor de predominio nocturno, déficit neurológico difuso, imposibilidad persistente de flexionar 5° la columna vertebral, deformación estructural (de aparición reciente), mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer o uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA.

C: Informar al paciente:

- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente (aunque el dolor pueda ser intenso), ni a ninguna lesión orgánica grave e irremediable (como "desgaste de las vértebras" o similar, pese a lo que el paciente pueda haber oído).
- Habitualmente el dolor emana de los músculos, discos, articulaciones o ligamentos, y la mayoría de los casos se resuelven por sí mismos en menos de 2-6 semanas.
- Para acelerar la recuperación y reducir el riesgo de reaparición, conviene evitar el reposo en cama y mantener el mayor grado de actividad física que el dolor permita (incluido el trabajo si es posible).

D: Fármacos de primera línea: En función de la intensidad y resistencia del dolor:

- a) Paracetamol; entre 650 y 1000 mgs cada 6 horas.
- b) AINEs por vía general (no tópica) pautados (no "a demanda"), preferentemente menos de 3 meses. El ibuprofeno y el diclofenaco son los que generan una tasa menor de complicaciones gastrointestinales.
- c) AINEs más una tanda de miorrelajantes, preferentemente de menos de 1 semana.

E: Ejercicio: No antes de 2-6 semanas de duración de la lumbalgia (o de la exacerbación de una lumbalgia crónica). Como preventivo o tratamiento, cualquier ejercicio es mejor que ninguno y no hay datos para recomendar una intensidad o tipo concreto; tenga en cuenta las preferencias del paciente.

F: NRT: Intervención neuroreflejo-terápica: Si, pese al tratamiento previo, lumbalgia persiste 14 o más días, es moderada, intensa o muy intensa (>3 puntos en escala de 0 a 10), y existe una Unidad acreditada en el ámbito geográfico de que se trate.

G: Señales de mal pronóstico funcional:

- Creencias erróneas ("dolor de espalda significa lesión estructural", "se debe a una alteración estructural irreversible", o "tratamientos pasivos mejores que actitudes activas propias"),
- Conductas inadecuadas (miedo y evitación, reducción exagerada del grado de actividad),
- Factores laborales (falta de apoyo en el trabajo, escasa satisfacción o conflictos laborales, litigación),
- Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, tendencia al aislamiento).

H: Programas educativos breves: Reforzar charla desdramatizadora con el paciente. Entregar un "Manual de la Espalda" (folleto validado que fomenta el manejo activo de la lumbalgia) o darle una dirección de Internet con información consistente (www.espalda.org).

I: Tratamiento (Psicológico) Cognitivo Conductual: Sólo:

- a) Si la lumbalgia dura más de 6 semanas: Si el paciente está en situación laboral potencialmente activa y existen múltiples y graves señales de mal pronóstico funcional, o.
- b) Si la lumbalgia es intensa y dura más de 3 meses:
 - Si han fracasado los tratamientos previos potencialmente útiles para el dolor, o
 - Junto con el ejercicio, para sustituir la cirugía por "lumbalgia debida a degeneración discal"

J: Escuela de la Espalda: Solo si está disponible una Escuela centrada en importancia de mantener la actividad física, y no en educación tradicional "biomecánica y de higiene postural".

K: Antidepresivos: Tri o tetracíclicos, a dosis analgésicas (equivalentes a 10-25 mgs de amitriptilina cada 12 horas), esté o no depresivo el paciente. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no tienen efecto analgésico.

L: Parches de Capsaicina: Si dolor intenso o muy intenso (>5 puntos en escala de 0 a 10).

M: Opiáceos: Preferentemente de liberación lenta y de manera pautada (no "a demanda") y preferiblemente manejados por médicos habituados a usarlos.

N: PENS: Neuroestimulación percutánea: Sólo si hay especialista entrenado disponible.

O: Artrodesis:

- Preferiblemente no instrumentada y sólo si se dan **todos** los siguientes criterios:
- El dolor es intenso e invalidante, y ha persistido durante como mínimo 2 años pese a todos los demás tratamientos (incluido el ejercicio),
 - Sólo se plantea artrodesis -preferentemente no instrumentada y preferiblemente en un máximo de 2 segmentos- y no otras técnicas, como prótesis de disco, ozonoterapia, etc.

P: Programas multidisciplinarios: Combinación de D, E, I, K y M, aplicados intensiva y coordinadamente por, como mínimo, un médico, un psicólogo y un fisioterapeuta en Unidades especializadas.